



REPORTE DE CASO

MANEJO QUIRÚRGICO DE ABSCESO PULMONAR MEDIANTE TORACOTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO, ANÁLISIS CLÍNICO- PATOLÓGICO Y COMPLICACIONES

Dr. Jorge Daniel Ramírez Pane

Universidad Nacional de Asunción

INTRODUCCIÓN

El absceso pulmonar es una infección necrotizante del parénquima pulmonar que produce una cavidad llena de pus (típicamente >2 cm) en el pulmón. Frecuentemente resulta de la aspiración de contenido orofaríngeo en episodios de alteración del estado de conciencia (el alcoholismo es un factor predisponente común), lo que conduce a neumonía necrosante y cavitación pulmonar en 1–2 semanas (1). También puede originarse por diseminación hematogena de un foco séptico extrapulmonar o por obstrucción bronquial (absceso secundario). Microbiológicamente suele ser polimicrobiano, con predominio de bacterias anaerobias de la flora oral (2).

En la era posantibiótica el absceso pulmonar es relativamente infrecuente, con drástica reducción de su incidencia y mortalidad

Autor de correspondencia:

Dr. Jorge Daniel Ramírez Pane
dr.ramirezpane@gmail.com

Recibido: 10/02/2025

Aceptado: 17/04/2025

en las últimas décadas. Estudios recientes la sitúan en torno a 1–2 casos por 100 000 habitantes (3). Predomina en varones de mediana edad con factores de riesgo como alcoholismo, mala higiene oral, enfermedad pulmonar crónica o inmunosupresión. En pacientes inmunocomprometidos o con abscesos secundarios el pronóstico es mucho más desfavorable, con una mortalidad >50% (4). En Latinoamérica los datos son escasos (5); en Paraguay igualmente se considera una patología rara, con pocos casos documentados.

El manejo inicial suele ser médico con antibioterapia de amplio espectro prolongada, lográndose la resolución en la mayoría de los pacientes (6). Sin embargo, hasta un 30% de los casos no responden al tratamiento conservador y requieren intervenciones invasivas (7). Las opciones incluyen drenaje percutáneo o broncoscópico de la cavidad, además del manejo quirúrgico. En situaciones refractarias o con complicaciones graves (como empiema, hemoptisis masiva o absceso secundario a tumor) está indicada la intervención quirúrgica mediante toracotomía exploratoria (8). Dicha cirugía suele implicar una resección pulmonar o el drenaje abierto de la cavidad para controlar la infección. Series modernas reportan que alrededor del 10–15% de los pacientes con absceso pulmonar requieren cirugía (9). Presentamos el caso de un paciente con absceso pulmonar manejado mediante toracotomía, con correlación clínico-patológica y análisis de sus complicaciones.

REPORTE DEL CASO

PPaciente masculino de 81 años de edad, con antecedentes de consumo crónico de alcohol durante más de dos décadas y drogadicción activa de igual duración, sin antecedentes conocidos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, nefropatías ni antecedentes oncológicos personales. No presentaba historia

quirúrgica previa ni alergias registradas. Fue ingresado de forma electiva al servicio de cirugía torácica del hospital el día 8 de noviembre del 2023, con diagnóstico clínico y radiológico compatible con derrame pleural derecho no clasificado en otra parte, motivo por el cual se planteó la necesidad de una intervención quirúrgica exploratoria dada la refractariedad del cuadro al tratamiento médico instaurado.

El paciente fue sometido a una toracotomía exploratoria posterolateral derecha el 14 de noviembre de 2023. Durante la intervención quirúrgica se evidenció la presencia de un absceso pulmonar en el parénquima del lóbulo inferior derecho, el cual había erosionado hacia la cavidad pleural posterior, formando una colección purulenta que comprometía de manera extensa el espacio pleural. Se procedió al drenaje completo del absceso, con toilette quirúrgico de la cavidad y resección de tejidos necróticos. Asimismo, se constató un engrosamiento pleural importante, con signos de paquipleuritis crónica y aguda, lo cual obligó a realizar decorticación parcial para liberar el pulmón atrapado.

La evolución posoperatoria inmediata obligó al ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde permaneció durante cinco días bajo monitoreo estricto. A pesar de la estabilidad inicial, al cuarto día del posoperatorio comenzó a presentar signos de insuficiencia respiratoria progresiva, fiebre persistente y aumento de los parámetros inflamatorios, compatibles con una complicación infecciosa intrahospitalaria. Se estableció el diagnóstico de neumonía nosocomial, posiblemente asociada a la ventilación mecánica y a la condición basal del paciente, cuya inmunocompetencia estaba comprometida por los factores de riesgo como la edad avanzada, la desnutrición y los antecedentes tóxicos.

A nivel histopatológico, el análisis del material quirúrgico obtenido reveló la presencia de parénquima pulmonar con signos de neumonía exudativa en diferentes estadios

de evolución, incluyendo áreas de neumonía organizada fibrinoide, formación de membranas hialinas y consolidación pulmonar por neumonía organizada. Se confirmó además la existencia de una paquipleuritis crónica con signos superpuestos de inflamación aguda fibrinoide, lo que confirma el proceso crónico-agudo en la cavidad pleural. En los ganglios linfáticos mediastinales de las estaciones 7, 10 y 12 se observó hiperplasia linfoide reactiva sin evidencia de malignidad. En cuanto al fragmento costal resecado durante la intervención, se identificó un proceso inflamatorio mixto (agudo y crónico), sin afectación cortical ni hallazgos compatibles con neoplasia ósea. El estudio histopatológico fue negativo para malignidad, confirmando que el proceso subyacente era de naturaleza inflamatoria e infecciosa.

Durante el resto de la hospitalización, el paciente presentó deterioro clínico progresivo a pesar del soporte antibiótico de amplio espectro, el manejo intensivo y las medidas terapéuticas instauradas. La neumonía intrahospitalaria evolucionó desfavorablemente, generando un síndrome de distrés respiratorio agudo con descompensación multiorgánica. No se documentó reingreso a quirófano ni procedimientos quirúrgicos adicionales. A pesar del manejo multidisciplinario, el paciente falleció el día 2 de diciembre de 2023, completando una estancia hospitalaria de 24 días desde su ingreso inicial.

DISCUSIÓN

El absceso pulmonar, si bien infrecuente en la actualidad, continúa siendo una entidad de elevada morbilidad en pacientes añosos, inmunosuprimidos o con antecedentes tóxicos crónicos (10). Este paciente de 81 años presentaba una historia prolongada de alcoholismo y drogadicción, elementos que se asocian a mayor riesgo de aspiración, deterioro de la respuesta inmunitaria local y colonización orofaríngea por flora patógena anaerobia, todos factores claves

en la génesis de abscesos pulmonares primarios, como han sido descritos por Zhang et al. (2025) en una revisión retrospectiva de pacientes con abscesos pulmonares hospitalizados en Taiwán (11).

La decisión de realizar una toracotomía exploratoria estuvo justificada por la falta de respuesta clínica al tratamiento médico, y por la evidencia radiológica de una colección pleural extensa con sospecha de absceso complicado. Esta conducta coincide con las recomendaciones actuales que indican intervención quirúrgica cuando existe refractariedad al tratamiento antibiótico, presencia de empiema asociado o compromiso anatómico importante, tal como se expone en la serie quirúrgica de Baker et al. (2024), donde la toracotomía con resección o drenaje fue necesaria en pacientes con abscesos de más de 6 cm o con extensión pleural (12).

Durante la cirugía, los hallazgos confirmaron un absceso pulmonar que erosionaba hacia el espacio pleural, con coexistencia de paquipleuritis crónica y aguda, hallazgos concordantes con lo reportado por Liu et al. (2023), quienes resaltan que en los casos avanzados la pleura suele estar engrosada, organizando el exudado inflamatorio en un patrón fibrinoide, lo cual condiciona atrapamiento pulmonar (13). El procedimiento incluyó el drenaje del absceso y toilette quirúrgico, sin resección pulmonar extensa, conducta adecuada en pacientes con reserva funcional limitada por edad o estado basal, pero que podría dejar focos residuales si la cavidad no colapsa adecuadamente, como sugieren algunos autores.

La complicación posoperatoria más relevante fue la aparición de neumonía intrahospitalaria, con progresión a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Este desenlace es consistente con lo reportado por Oliveira et al. (2023), quienes identificaron que los pacientes sometidos a cirugía torácica, con ventilación prolongada y edad avanzada, tienen una probabilidad significativamente

mayor de desarrollar neumonía nosocomial y SDRA (14). En nuestro caso, el ingreso a UCI, la necesidad de soporte ventilatorio, la inmunocompromisión funcional asociada al alcoholismo y la edad, constituyeron un terreno fértil para esta complicación, agravando la evolución clínica a pesar de la terapia antibiótica y el manejo intensivo.

CONCLUSIÓN

El caso refleja una evolución típica pero grave de un absceso pulmonar en paciente de riesgo, manejado según los lineamientos actuales, pero con una complicación intrahospitalaria severa que condicionó un desenlace fatal. Este escenario destaca la necesidad de vigilancia estrecha y protocolos agresivos de prevención de infecciones nosocomiales en cirugía torácica, especialmente en poblaciones vulnerables.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabbula BR, Rammohan G, Sharma S, Akella J. Lung Abscess. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555920/>
2. Chrystle M, Vishak A, Sindhu K, Jane M. Primary lung abscess due to multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae*. BMJ Case Rep CP. 1 de septiembre de 2021;14(9):e244759.
3. Yousef L, Yousef A, Al-Shamrani A. Lung Abscess Case Series and Review of the Literature. Children. julio de 2022;9(7):1047.
4. Hadid W, Stella GM, Maskey AP, Bechara RI, Islam S. Lung abscess: the non-conservative management: a narrative review. J Thorac Dis. 31 de mayo de 2024;16(5):3431-40.
5. Martínez de Cuellar C, Lovera D, Amarilla S, Gatti L, Apodaca S, Sanabria Vázquez DA, et al. Características clínicas y manifestaciones infecciosas en pacientes con Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) en Paraguay. Pediatría Asunción Organo Of Soc Paraguaya Pediatría. 2018;45(2 (Agosto)):127-31.
6. Demeke CA, Adinew GM, Abebe TB, Gelye AT, Gemedu SG, Yimenu DK. Comparative analysis of the effectiveness of narrow-spectrum versus broad-spectrum antibiotics for the treatment of childhood pneumonia. SAGE Open Med. 1 de enero de 2021;9:20503121211044379.
7. Hadid W, Stella GM, Maskey AP, Bechara RI, Islam S. Lung abscess: the non-conservative management: a narrative review. J Thorac Dis [Internet]. 31 de mayo de 2024 [citado 26 de marzo de 2025];16(5). Disponible en: <https://jtd.amegroups.org/article/view/86640>
8. Hillejan L. [Management of Lung Abscess - Diagnostics and Treatment]. Zentralbl Chir. diciembre de 2020;145(6):597-609.
9. Montméat V, Bonny V, Urbina T, Missri L, Baudel JL, Retbi A, et al. Epidemiology and Clinical Patterns of Lung Abscesses in ICU: A French Multicenter Retrospective Study. Chest. enero de 2024;165(1):48-57.
10. Leigh LY, Vannelli P, Crow HC, Desai S, Lepore M, Anolik R, et al. Diseases of the Respiratory Tract. En: Burkett's Oral Medicine [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2021 [citado 26 de marzo de 2025]. p. 469-504. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119597797.ch13>
11. Zhang R, Yu J, Shang X, Wang Z, Li H, Cao B. Heterogeneity in clinical patterns of adult lung abscess patients: an 8-year retrospective study in a tertiary hospital. BMC Pulm Med. 5 de marzo de 2025;25(1):101.
12. Baker JB, Balu AR, Rajeswaran S, Patel SJ, Goldstein SD, Donaldson JS. Percutaneous Drainage of Pediatric Pulmonary Abscesses: An Effective Therapy. J Pediatr Surg. 1 de septiembre de 2024;59(9):1725-9.
13. Liu J, Shi H. Pathological and Imaging Findings of Infectious and Inflammatory Diseases of Chest. En: Li H, Liu J, Li L, editores. Radiology of Infectious and Inflammatory Diseases - Volume 3: Heart and Chest [Internet]. Singapore: Springer Nature; 2023 [citado 26 de marzo de 2025]. p. 17-29. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-99-4614-3_4
14. Oliveira ABS de, Sacilotto GH, Neves MFB, Silva AHN da, Moimaz TA, Gandolfi JV, et al. Prevalence, outcomes, and predictors of multidrug-resistant nosocomial lower respiratory tract infections among patients in an ICU. J Bras Pneumol. 23 de enero de 2023;49:e20220235.